

健康保険被扶養者（異動）届

- 増(家族を扶養に入れる)
- 減(家族を扶養から外す)

該当項目にチェックしてください

常務理事	事務長	担当者	担当者

被保険者欄	被保険者等 記号	××	被保険者等 番号	×××××	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	年	月	日	備考
	(フリガナ) 氏名	ケンボ 健保		タロウ 太郎	取得年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	年	月	日	
	住所	〒 ×××-×××× 東京都江東区豊洲×-×-×-×××								

被扶養者欄	氏名	(フリガナ) ケンボ 健保 (氏) 花子	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女			
	続柄 (妻、長男、 義母等)	妻	職業	無職	今後の 収入	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	実態の 同居 別居	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	住民票 住所	同上		
	被扶養者 になった日 (増)	令和	年	月	日	被扶養者から 除かれた日 (減)	令和	年	月	日	理由	退職
	(住民票と居所住所が 異なる場合) 居所住所	〒	都道府県	市区 町村	当該届出書の 提出年1月1日 の住民票住所	同上	〒	都道	市区	備考		

※「氏名」はアルファベット表記は登録不可

被保険者の資格取得、結婚、出生、退職
収入減少、雇用保険受給終了 など

被扶養者欄	氏名	(フリガナ) ケンボ 健保 (氏) イチロウ 一郎	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
	続柄 (妻、長男、 義母等)	長男	職業	無職	今後の 収入	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	実態の 同居 別居	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	住民票 住所	同上		
	被扶養者 になった日 (増)	令和	年	月	日	被扶養者から 除かれた日 (減)	令和	年	月	日	理由	出生
	(住民票と居所住所が 異なる場合) 居所住所	〒	都道府県	市区 町村	当該届出書の 提出年1月1日 の住民票住所	同上	〒	都道	市区	備考		

学生の場合は学年をご記入
ください 例:「小学3年」

別居の場合のみ住所をご記入ください

被扶養者欄	氏名	(フリガナ) ケンボ 健保 (氏) フネ フネ	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女			
	続柄 (妻、長男、 義母等)	母	職業	パート	今後の 収入	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	実態の 同居 別居	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	住民票 住所	同上 住民票住所が異なる場合 : ×××-×××× 千葉県××××××××-×-×-×××		
	被扶養者 になった日 (増)	令和	年	月	日	被扶養者から 除かれた日 (減)	令和	年	月	日	理由	雇用形態変更に伴う 収入減少
	(住民票と居所住所が 異なる場合) 居所住所	〒	都道府県	市区 町村	当該届出書の 提出年1月1日 の住民票住所	同上	〒×××-×××× 都道府県	大阪	市区 町村	備考		

【 事業主記載欄 】 事業主の確認により本人署名を省略した場合は、該当するものにチェックをしてください。

- 本人署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。
- 本人署名の省略にあたり、記載内容について誤りがないか被保険者本人が確認しています。
- 添付書類(被扶養者認定調査票)の本人署名省略にあたり、記載内容について誤りがないか被保険者本人が確認しています。

事業所 所在地	〒	-
事業所 名称	<div style="border: 2px solid blue; padding: 5px; display: inline-block;"> 事業主印 </div>	
事業主 氏名		
電話番号	()

令和 ××年 ××月 ××日 提出 受付年月日

社会保険労務士の代行者印

健康保険被扶養者（異動）届

- 増(家族を扶養に入れる)
- 減(家族を扶養から外す)

該当項目にチェックしてください

被保険者欄	記号	×××××	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	年	月	日	備考
	氏名	ケンポ 健保 (氏) 太郎	取得年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	
	住所	〒 ×××-××××	住民票住所	東京都江東区豊洲×-×-××××				

被扶養者欄	氏名	ケンポ 健保 (氏) 花子	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女			
	続柄	妻	職業	会社員	今後の収入	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	実態の同居	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	住所	扶養から外す場合は、同居・別居とも住所の記入は不要		
	被扶養者になった日(増)	令和	年	月	日	被扶養者から除かれた日(減)	令和	年	月	日	理由	就職
	(住民票と居所住所が異なる場合)居所住所	〒	扶養から外す場合は、住所票住所の記入は不要		就職、収入増加、雇用保険受給 など							

※「氏名」はアルファベット表記は登録不可

被扶養者欄	氏名	ケンポ 健保 (氏) 一郎	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
	続柄	長男	職業	大学2年	今後の収入	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	実態の同居	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	住民票住所	同上	住民票住所が異なる場合	〒
	被扶養者になった日(増)	令和	年	月	日	被扶養者から除かれた日(減)	令和	年	月	日	理由	アルバイト収入増加
	(住民票と居所住所が異なる場合)居所住所	〒	学生の場合は学年をご記入ください 例:「小学3年」		都道府県 市区町村 備考							

被扶養者欄	氏名	ケンポ 健保 (氏) フネ	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女			
	続柄	母	職業	無職	今後の収入	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	実態の同居	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	住民票住所	同上	住民票住所が異なる場合	〒
	被扶養者になった日(増)	令和	年	月	日	被扶養者から除かれた日(減)	令和	年	月	日	理由	年金受給開始
	(住民票と居所住所が異なる場合)居所住所	〒	都道府県	市区町村	当該届出書の提出年1月1日の住民票住所	同上	都道府県	市区町村	備考			

【 事業主記載欄 】 事業主の確認により本人署名を省略した場合は、該当するものにチェックをしてください。

- 本人署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。
- 本人署名の省略にあたり、記載内容について誤りがないか被保険者本人が確認しています。
- 添付書類(被扶養者認定調査票)の本人署名省略にあたり、記載内容について誤りがないか被保険者本人が確認しています。

事業所所在地	〒	-
事業所名称	事業主印	
事業主氏名		
電話番号	()	

令和 ××年 ××月 ××日 提出 受付年月日

社会保険労務士の代行者印

健康保険被扶養者（異動）届

- 増(家族を扶養に入れる)
- 減(家族を扶養から外す)

【訂正】

該当項目にチェックしてください

余白に赤字で「訂正」とご記入ください

被保険者欄	被保険者等記号	××	被保険者等番号	××××××	取得年月日	平成	×	×	×	×	×	×	備考
	氏名	ケンポ 健保		タロウ		取得年月日	昭和	×	×	×	×	×	

【例:華子⇒花子に訂正する場合】
提出済の被扶養者異動届に記載した誤った内容(華子)を赤字で、正しい内容(花子)を黒字でご記入ください

被扶養者欄	氏名	ケンポ 健保		ハル 華子 花子		生年月日	昭和	×	×	×	×	×	×	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	
	続柄	妻	職業	無職	今後の収入	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	実態の同別居	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	住民票住所	同上	住民票住所が異なる場合 〒					
	被扶養者になった日(増)	令和	×	×	×	×	×	×	×	被扶養者から除かれた日(減)	令和	×	×	×	理由	退職
	(住民票と居所住所が異なる場合)居所住所	〒	都道府県	市区町村	当該届出書の提出年1月1日の住民票住所	同上	〒	都道府県	市区町村	備考						
	個人番号	個人番号の記入は不要														

※「氏名」はアルファベット表記は登録不可

被扶養者欄	氏名					生年月日	昭和							性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	続柄		職業		今後の収入	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	実態の同別居	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	住民票住所	同上	住民票住所が異なる場合 〒					
	被扶養者になった日(増)	令和								被扶養者から除かれた日(減)	令和				理由	
	(住民票と居所住所が異なる場合)居所住所	〒	都道府県	市区町村	当該届出書の提出年1月1日の住民票住所	同上	〒	都道府県	市区町村	備考						
	個人番号															

被扶養者欄	氏名					生年月日	昭和							性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	続柄		職業		今後の収入	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	実態の同別居	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	住民票住所	同上	住民票住所が異なる場合 〒					
	被扶養者になった日(増)	令和								被扶養者から除かれた日(減)	令和				理由	
	(住民票と居所住所が異なる場合)居所住所	〒	都道府県	市区町村	当該届出書の提出年1月1日の住民票住所	同上	〒	都道府県	市区町村	備考						
	個人番号															

【事業主記載欄】事業主の確認により本人署名を省略した場合は、該当するものにチェックをしてください。

- 本人署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。
- 本人署名の省略にあたり、記載内容について誤りがないか被保険者本人が確認しています。
- 添付書類(被扶養者認定調査票)の本人署名省略にあたり、記載内容について誤りがないか被保険者本人が確認しています。

事業所所在地	〒		
事業所名称	<div style="border: 2px solid blue; padding: 5px; display: inline-block;"> 事業主印 </div>		
事業主氏名			
電話番号	()

令和 ××年 ××月 ××日 提出 受付年月日

社会保険労務士の代行者印
